

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: .....  
Strasse: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
E-Mail: ..... Telefon: ..... Mobil: .....  
Krankenkasse: gesetzl.  privat   
Beihilfe  Zusatzvers.  Größe: ..... Gewicht: .....  
Hausarzt: .....

---

## Beziehungssituation:

- allein lebend  verheiratet  geschieden  
 in einer festen Partnerschaft  Ich habe ..... Kind/-er  Ich habe keine Kinder

**Derzeitige berufliche Tätigkeit:** ..... Wochenarbeitszeit: ..... Stunden

- im Studium  Angestellt  selbständig  im Ruhestand  arbeitslos
- 

## Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- auf Empfehlung von .....  Bewertungsportale (Google, Jameda, Facebook, o.ä.)  
 Praxishomepage  sonstiges

## Welches Anliegen führt Sie zu mir?

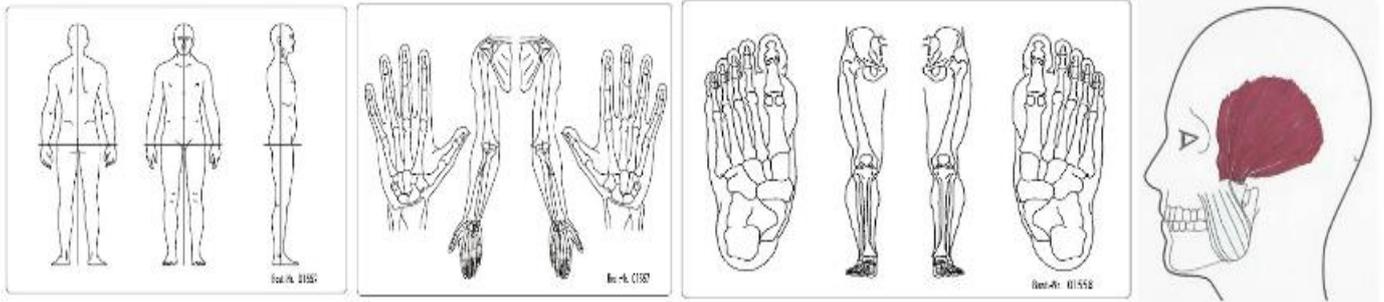
.....  
.....

## Welches Ziel möchten Sie erreichen?

.....  
.....

**Für Schmerzpatienten:**

Bitte markieren/kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort Ihrer Beschwerden an



Liegen Bewegungseinschränkungen vor?  Nein  ja

Leiden Sie an Schwindel?  Nein  ja

Seit wann bestehen die Beschwerden, gab es einen Auslöser? .....

Wie sehr schränken Sie die Beschwerden im Alltag ein (Skala von 0 = gar nicht bis 10 = unerträglich)? .....

Schmerzcharakter:  ausstrahlend  brennend  ziehend  drückend  elektrisierend  stechend

Zu welcher Tageszeit/Uhrzeit treten die Beschwerden am häufigsten auf? .....

Wodurch bessern/verschlechtern sich die Beschwerden? .....

Sind Sie zur Zeit wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja

Wann zuletzt? .....

Gibt es Befunde?  Nein  Ja (wenn ja, bitte mitbringen)

Gibt es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen (insbesondere der Wirbelsäule)?

Wenn ja, was und wann?

.....

**Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst (und seit wann)?**

- |   |             |  |             |
|---|-------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                   | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt            | seit: ..... | <input type="checkbox"/> chron. Darmerkrankung             | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Reizdarm                          | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall           | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen  | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Allergien                         | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Thrombose              | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen                  | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie          | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Rheuma                            | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> COPD/Emphysem          | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Arthrose/Arthritis                | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Asthma                 | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall/-vorwölbung   | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme                    | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung       | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Hörsturz/Tinnitus                 | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Depression/psych. Erkrankung      | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung:       | seit: ..... |  |             |
| Wenn ja, welche?                                | seit: ..... |  |             |
| .....   |             |  |             |

**Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch (und seit wann)?**

.....  
.....

**Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?**

- |                                      |                                     |  |   |                                      |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Noch nie    | <input type="checkbox"/> Leberwerte | <input type="checkbox"/> Nierenwerte       | <input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte  | <input type="checkbox"/> Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Eisenmangel | <input type="checkbox"/> Blutarmut  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte | <input type="checkbox"/> Entzündungswerte | <input type="checkbox"/> andere      |

Leiden oder litten Sie schon einmal an folgenden Beschwerden?

	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	derzeit
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl/Beklemmung in der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliche Atemauffälligkeiten/-pausen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>				
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Mundgeruch (unabhängig von Nahrungsmitteln)	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme/-schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme/-schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit/Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Traurigkeit/Depressivität	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen nachts	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Haarausfall	<input type="checkbox"/>				

	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	derzeit
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne, o.ä.)	<input type="checkbox"/>				
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Wassereinlagerungen (Hände, Füße)	<input type="checkbox"/>				

---

### Infektanfälligkeit

Erkältung/Grippe in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

Blasenentzündungen in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen (unabhängig von der Erkrankung)

In Ihren ersten 5 Lebensjahren insgesamt: ..... mal

In den letzten 10 Jahren insgesamt: ..... Mal

---

### Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ..... mal pro Tag, wenn nicht täglich: ..... mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend:  hart  normal  breiig  Durchfall  wechselnd

	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	derzeit
Blähungen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>				

---

### Rauchgewohnheiten

Ich bin Nichtraucher  immer schon  seit ..... Jahren

Ich rauche ca. .... Zigaretten/Tag  Früher rauchte ich .... Zigaretten/Tag

### Veränderung Ihres Körpergewichts

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

- Mein Gewicht kaum verändert       ..... kg abgenommen       ..... kg zugenommen

### Treiben Sie regelmäßig Sport?

- Nein       Ja, ..... mal/Woche      Sportart/-en: .....
- 

### Zahngesundheit:

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?  Nein       Ja, ich trage ..... (Anzahl)

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?  Nein       Ja, ..... (Anzahl)

Haben Sie Implantate?       Nein       Ja

Überkronte Zähne?       Nein       Ja

Wurzelbehandelte oder tote Zähne?       Nein       Ja

---

### Impfungen:

Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie in den letzten 5 Jahren bekommen? .....

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z.B.  Fieber  Krämpfe  Unruhe  Schlaflosigkeit

---

### Ernährung:

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	fast nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Joghurt	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				

	fast nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	einmal täglich	mehrfach täglich
Brot/Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Wasser ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
Coca Cola	<input type="checkbox"/>				
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>				
Bier	<input type="checkbox"/>				
Wein	<input type="checkbox"/>				

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? ..... Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?  Nein  Ja, und zwar:

.....

---

**Medikation:**

Notieren Sie bitte alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel inkl. Mengenangaben und Dosierung, die Sie aktuell einnehmen inkl. Verhütungsmaßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.)

Präparat	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Nur bei Bedarf
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Präparat	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Nur bei Bedarf
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

**Erkrankungen der Familie:**

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/psych. Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis/Allergie/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weitere wichtige Erkrankungen der Familie:**

Mutter	Vater	Geschwister
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Mutter verstorben?  Nein  Ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

Vater verstorben?  Nein  Ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**